

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THÈSE

N°

587

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean MAUREL

Né le 8 Février 1913. à SAINT-CHÉRON (Seine-et-Oise)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux de Seine-et-Oise

LE TRAITEMENT DES DÉLIRES AIGUS
DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE

PAR

LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES
D'ALCOOL

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1940

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean MAUREL

Né le 8 Février 1913. à SAINT-CHÉRON (Seine-et-Oise)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux de Seine-et-Oise

LE TRAITEMENT DES DÉLIRES AIGUS
DE L'ALCOOLISME CHRONIQUE

PAR

LES INJECTIONS INTRA - VEINEUSES
D'ALCOOL

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1940

I. — Professeurs

Anatomie.	MM.	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.	
Physique médicale.	STROHL.	
Chimie médicale.	POLONOVSKI.	
Bactériologie.	Robert DEBRE	
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.	
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.	
Pathologie médicale.	PASTEUR-VAL-	
	LERY-RADOT.	
Pathologie chirurgicale.	MONDOK.	
Anatomie pathologique.	LEROUX.	
Histologie.	CHAMPY.	
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.	
Thérapeutique.	AUBERTIN.	
Hygiène et médecine préventive	TANON.	
Médecine légale	BALTHAZARD.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.	
Pathologie expérimentale et comparée.	Henri BENARD.	
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIKAY.	
Clinique médicale.	ABRAMI.	
	FIESSINGER.	
	LOEPER.	
	RATHERY.	
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoulLE	
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LAINEL-	
	LAVASTINE	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.	
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.	
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.	
Clinique chirurgicale.	CUNEO.	
	GOSSET.	
	GREGOIRE.	
	LENORMANT.	
Clinique ophtalmologique	VELTER.	
Clinique urologique.	CHEVASSU.	
	COUVELAIRE.	
Clinique d'accouchements.	JEANNIN.	
	LEVY-SOLAL.	
Clinique gynécologique.	MOCQUOT.	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.	
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.	
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.	
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.	
Clinique propédeutique.	VILLARET.	
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.	
Clinique cardiologie	LAUBRY.	
Clinique de neuro-chirurgie.	Clovis VINCENT.	
Assistance médico-sociale.	N...	
Professeurs sans chaire.	HAZARD.	
	MULON.	
	OLIVIER.	
	SANNIE.	
	VERNE.	

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DEGREZ (H.).. Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	DESOILLE Médecine légale.
BERNARD EL. Pathologie médicale.	DIGONNET Obstétrique.
BESANÇON (J.) Hydrologie.	DOGNON Physique.
BONNET Bactériologie.	FEVRE Pathologie chirurgicale.
BOULANGER Chimie.	FUNK-
BOULIN Pathologie médicale.	BRENTANO.. Pathologie chirurgicale.
BROUET Pathologie médicale.	GALLIARD) Parasitologie.
BULLIARD Histologie.	GARCIN Pathologie médicale.
CACHERA Pathologie médicale.	Mlle GAUTHIER-
CORDIER Anatomie.	VILLARS.. Anatomie pathologique
COSTE Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
COUVELAIRE (R.) Urologie.	DE GENNES Pathologie médicale.
DELARUE Anatomie pathologique.	GIROUD Histologie.
DELAY Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.

MM.	
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LENEGRE	Pathologie médicale.
LEVY (M ^{me} J.)..	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MM.	
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT	
DUTAILLIS	
RENARD	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Ophthalmologie.
RICHT	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie médicale.
SUREAU	Obstétrique.
TURPIN	Pathologie médicale
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY	
BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU	
LEMAIRE	Parasitologie.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale
BRULE	
CATHALA	
HABROL	
CHEVALLIER ..	
DONZELOT	
DUVOIR	
GASTINEL	
HUGUENIN	
LAROCHE (G.).	
LIAN	
MOREAU	
MEDELIEVRE ..	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCQ	
CADENAT	
GATELIER	
DE GAUDART- D'ALLAINES.	
LEVEUF	
MOULONGUET.	
MOURE	} Clinique obstétricale
QUETU	
ECALLE	
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÆPER

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté
Commandeur de la Légion d'Honneur

*En témoignage de profond respect et
de vive gratitude pour son accueil si bien-
veillant et pour le grand honneur qu'il
m'a fait de bien vouloir présider cette
thèse.*

A MON MAÎTRE, LE DOCTEUR LÉON BRUEL

Médecin de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

A qui je dois non seulement cet ouvrage, puisque c'est son œuvre qui s'y trouve résumée, mais encore à qui je dois tant de leçons de Clinique médicale, de cet art où il excelle, et qui caractérise le vrai médecin.

Qu'il me permette de lui dire ici ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR RAOUL LECOQ

Docteur ès-Sciences Naturelles et Docteur en Pharmacie

Membre de la Société de Pharmacie de Paris

Directeur du Laboratoire de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Dont les travaux précis constituent la base solide de cet ouvrage.

En hommage de ma plus vive admiration.

A TOUS MES MAÎTRES

PREFACE

S'il est des questions que le médecin praticien peut ignorer en psychiatrie, il en est une qu'il doit connaître tout particulièrement : c'est la question des délires aigus de l'alcoolisme chronique.

Il doit savoir les soigner ; la période pendant laquelle il attend les consultants et les voitures ambulances est dangereuse pour le malade et pour son entourage.

Il en est de même pour le chirurgien. Combien de fois des chirurgiens, à la suite d'un accident ayant nécessité une intervention banale ou l'application d'un plâtre, ont vu des délires aigus survenir, rendre leurs soins antérieurs inutiles, et le malade succomber dans une crise de *delirium tremens*, ou dans une défenestration de délire hallucinatoire que rien ne laissait prévoir.

Ces délires aigus sont la partie de la psychiatrie que les médecins psychiatres voient le moins fréquemment. Ils appartiennent à la médecine et à la chirurgie générale, comme l'érythème noueux et l'infarctus du myocarde.

Il faut le dire, des thérapeutiques nombreuses ont été proposées. Elles sont en général très vigoureuses

et, comme le camisolage ou l'internement d'urgence, elles ne sont pas toujours admises par la famille.

Quand le psychiatre consultant est au chevet du malade, le délire a souvent perdu son caractère aigu.

Sauf à Paris et dans les grandes villes, où les services d'ambulances peuvent amener très vite les délirants dans les hôpitaux psychiatriques, les délires aigus de l'alcoolisme sont surtout vus par les praticiens de médecine ou de chirurgie générale. Quand ces délirants sont conduits à l'hôpital, ils vont tout d'abord dans les salles de médecine.

Les hallucinations des délires aigus emplissent de leurs gestes criminels les rubriques de faits divers des journaux.

Or, tous ces accidents sont évitables.

En 1939, quelques mois avant la guerre, le Docteur BRUEL publiait les très beaux résultats qu'il obtenait dans son service de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, avec des injections intra-veineuses d'alcool.

Ce n'était qu'après de nombreuses observations que, en raison du caractère paradoxal de sa thérapeutique, ce médecin publiait des résultats dont le premier datait du mois d'août 1938.

La constance des résultats, leur rapidité amena à dégager cette thérapeutique de ce qu'elle avait de déconcertant.

Actuellement, avec tous les médecins qui ont employé cette méthode, nous croyons à son efficacité.

On lui a reproché de nécessiter le séjour hospitalier, l'isolement. C'est un reproche que l'on peut adresser à toutes les thérapeutiques d'intoxications euphoriques.

HISTORIQUE

La fréquence des délires alcooliques, leur importance, leur a valu une grande variété de traitements, aussi éloignés les uns des autres qu'il était possible.

Des auteurs ont préconisé l'abstinence brusque de toute boisson alcoolique ; d'autres ont admis que certains cas étaient liés à la suppression de l'alcool et ont administré très largement au malade des « Todd », du champagne, des grogs, des vins généreux.

Malgré la tendance au collapsus cardiaque, on a donné *largam manu* du chloral ; certains ont donné des cures laxatives, d'autres de l'opium à haute dose.

On prescrit des lavements de paralaldéhyde, du gardénal ; on a injecté sous la peau et dans les veines du somnifène.

On a pratiqué la ponction lombaire ; on a attaché la malade avec des liens, avec la camisole de force ; on l'a immobilisé au cabanon.

La violence de certaines thérapeutiques a, plus que la maladie elle-même, augmenté la mortalité.

Pour certains auteurs, la camisole de force a été la cause essentielle d'un grand nombre de décès.

*
* *

Il faut rendre à la médecine cette justice de ne pas être restée indifférente devant la violence inutile, dangereuse, et évitable de délires aigus des alcooliques.

Notons que, pour le moment, deux thérapeutiques semblent devoir retenir l'attention :

1° L'une, plus ancienne, celle de LUTON, de Combe-male, accentuée par PAGNIEZ, puis par FLANDIN et BERNARD, et enfin élevée à des doses massives de solution de sulfate de strychnine par M. DECOURT, P. SIRADON et G. CHAILLET.

2° L'autre : celle des injections intraveineuses d'alcool éthylique à 30 % du Docteur BRUEL.

*
* *

Interne en médecine, à Saint-Germain-en-Laye, dans ce même hôpital où, trente ans plus tôt, mon père faisait lui-même son internat, j'ai vu en quelques années les gros ravages que l'alcoolisme a faits sur la santé publique, sur le recrutement des malades d'asiles d'aliénés, sur la mortalité.

Le Docteur BRUEL, médecin de l'Hôpital, a appliqué aux délires aigus de l'alcoolisme chronique une thérapeutique qui a fait tout d'abord penser à une fantaisie, à un paradoxe.

Dans les veines des alcooliques délirants, il injecte de l'alcool éthylique à 30 % en solution glucosée en même temps qu'il supprimait l'alcool par voie buccale. Dans son service qui envoyait tous les ans 25 à

35 alcooliques aliénés dans les asiles publics ou privés, et qui comptait de 4 à 5 décès de délirants, il est parvenu à obtenir une diminution, puis la suppression complète des internements, puis la disparition des décès.

*
* *

Cette thérapeutique a été peu à peu employée dans les autres services de médecine et de chirurgie de l'hôpital.

VUE D'ENSEMBLE SUR L'ALCOOLISME CHRONIQUE

L'alcoolisme ne connaît ni sexe, ni profession, ni âge, ni race.

Dans un pays où la vigne est une des richesses du sol, il est un mal qui découle de cette richesse : il est la plus silencieuse et la plus bruyante des intoxications.

Silencieuse, c'est l'alcoolisme à manifestations larvées de RÉGIS. Il faut, pour la soupçonner, connaître les habitudes d'intempérance du sujet, ou être un médecin que ne trompent pas la mine fleurie, les yeux brillants, les gestes brusques et vigoureux du malade.

C'est une maladie qui donne parfois des couleurs ; les substances colorantes du vin semblent aller tacher les joues ; l'embonpoint se développe, le foie manifeste ses premiers faux pas par un météorisme qui gonfle l'abdomen.

On dit du buveur d'habitude : « Quelle belle santé ! »

Et cependant il s'alimente à peine et il a de la peine à dormir.

L'éthylisme larvé. — Il faut le connaître, ne pas le voir partout, mais y songer toujours.

Le tremblement des extrémités, l'anorexie, les pituites matutinales ; l'insomnie et les cauchemars nocturnes, le subictère conjonctival, l'haleine spéciale, font un ensemble clinique qui ne trompe pas.

Le sang des éthyliques larvés. — Le sang contient de l'alcool éthylique, 1 gramme à 4 grammes par litre pendant les 10 à 14 heures qui suivent les libations.

L'alcoolique a besoin de son alcool ; il aime être en état d'éthylémie permanent. C'est ce que réalisent pendant de longues années des hommes qui, au lever, boivent la goutte, ou le café « arrosé » ou cet affreux mélange de vin et de café qui s'appelle le champoreau.

Ils ne cessent pas de boire ; ils dorment mal. Il y a toujours et en permanence, de l'alcool éthylique dans leur sang. Ils en éliminent par leur peau, par leur urine, par leurs bronches. — On en retrouve dans leur salive, dans l'air qu'ils expirent.

Comme l'urée chez les urémiques, les taux peu pondérables de l'éthylémie physiologique résultant de la fermentation du glucose font place à une éthylémie facilement pondérable.

Les réactions d'organes. — Au contact de l'alcool qui circule et qui brûle les tissus, ces derniers perdent leur élasticité, les artères se sclérosent ; la cellule hépatique et le cœur s'hypertrophient, les poumons perdent leur souplesse, la tension artérielle monte ; il n'y a pas que pré-cirrhose du foie, il y a cirrhose pulmonaire, artérielle, cardiaque, si l'on veut réserver le nom de cirrhose aux scléroses liées à l'alcool.

Le besoin. — L'alcoolomane a besoin de son alcool comme le morphinomane a besoin de sa morphine. De même que la morphinomanie provoque, comme l'a montré MORAT, des atteintes humorales et globulaires importantes, l'alcoolisme provoque du déséquilibre dans tous les organes.

C'est le type des affections qui déséquilibrent l'organisme. Les assauts répétés de l'acidité de l'alcool éthylique ne se contentent pas de déterminer le déséquilibre de l'ivresse, ils atteignent l'individu dans tous ses organes, même dans sa conscience.

L'homme prend l'habitude de cette instabilité ; grâce à elle, il éprouve quelquefois des sensations que les littérateurs EDGAR POE et MUSSET ont recherchées. Tout est instable : le travail, qui est difficile ; le repas, que contrarie l'anorexie et les troubles dyspeptiques ; le sommeil, que troublent le délire onirique et les cauchemars ; la vue et la motilité, que les polynévrites toxiques diminuent.

Il suffit d'un abus exceptionnel d'alcool, d'un traumatisme, d'une émotion, même d'une suppression brusque de l'alcool pour accentuer le déséquilibre et déterminer le délire aigu.

Si des délires hallucinatoires sont survenus, comme l'ivresse, à la suite de libations, d'autres sont apparus à la suite de privations d'alcool. Il y a, comme a dit REGIS, des délires « a potu suspenso ». Ce sont ceux que le médecin peut provoquer, lorsque, au cours de soins déterminés par une maladie fébrile

ou un accident, il laisse pendant plus de 10 à 15 heures l'alcoolique chronique sans alcool.

Chez cet instable déséquilibré qu'est l'éthylémique, toute modification brusquée du régime toxique peut donner des troubles.

Si on fait systématiquement la recherche de l'alcool éthylique dans le sang, on constate de rares cas où 3 grammes, 2 grammes d'alcool sont trouvés dans chaque litre de sang.

Ce que l'on trouve le plus souvent c'est, en dépit de l'anamnèse, des signes évidents de l'alcoolisme chronique, et l'absence d'alcool dans le sang.

La conception qu'ont les observateurs est moins en rapport avec la réalité de l'évolution de la maladie qu'avec l'angle sous lequel ils le voient. La description qu'en fera un médecin d'asile psychiatrique qui reçoit les survivants des délires aigus, alors qu'ils sont sortis de leurs crises, diffère totalement de celles qu'en fait le médecin, qui fait des cures de sevrage dans des maisons de cures.

Il n'y a pas de maladie dont la symptomatologie soit plus polymorphe que celle de l'alcool, et c'est de très bonne foi et sans qu'on puisse réfuter leurs arguments que certains nient les délires « a potu suspenso ».

LE POLYMORPHISME DE L'ALCOOLISME

Un des gros obstacles en matière de lutte contre l'alcoolisme est la conception très divergente qu'en ont ses observateurs. Elle est aussi polymorphe que sa thérapeutique.

L'ivresse que voit le débitant de vin, le délire de sevrage que voit le Commissaire de police, le délire hallucinatoire que constate le médecin d'un service de médecine générale, le *delirium tremens* que voit le chirurgien chez un blessé, n'ont rien de commun avec les démences chroniques que voient les psychiatres dans leurs asiles ; ce sont le reliquat des délires aigus récents ou anciens dont le médecin a suivi le déroulement.

Les délirants n'ont pas non plus la silhouette calme des braves gens, qui ont conscience qu'ils boivent trop, et qui vont d'eux-mêmes faire dans une maison de cure une réduction des liquides alcooliques.

Chez ces derniers, on ne voit pas de délires aigus. L'alcoolique chronique est un protégé. C'est de très bonne foi que des observateurs affirment n'avoir jamais vu un délire aigu survenir à la suite du sevrage d'alcool « chez des alcooliques ». Et cepen-

dant ce buveur, qui tombe de son échelle, va à l'hôpital pour ses contusions, ne tarde pas à délirer. C'est le délire hallucinatoire. Il peut être mortel pour le blessé s'il se jette par la fenêtre, il peut l'être pour sa famille s'il en tue les membres.

Il peut, si le rein fonctionne mal, aboutir au syndrome du « *delirium tremens* ».

On a toujours raison quand on décrit ce que l'on a vu. Les manifestations de l'alcoolisme ne sont pas semblables.

Il n'y a dans l'alcoolisme que quelques formules qui sont générales.

1° *L'anamnèse.* — Il faut connaître son malade pour ne pas être victime de ses mensonges ; il n'y a pas pire menteur que l'alcoolique. Quand il avoue 10 litres de boisson quotidienne, c'est par bravade ; quand il fait ses déclarations habituelles, il avoue un demi-litre, un litre de vin au maximum.

2° *La mise en évidence d'éthylémie.* — La prise de sang faite dans les premières heures qui suivent l'intoxication montre de 1 à 4 grammes d'alcool éthylique par litre. A 4 grammes, l'ivresse, l'inconscience sont de règle. L'éthylémie est de courte durée ; après 12 à 18 heures le sang ne montre plus trace d'alcool.

3° *La mise en évidence d'alcool dans l'air expiré, dans les sécrétions salivaires.*

L'alcool est comme le glucose ou l'urée du sang ; on ne dépiste pas son excès par des interrogatoires, mais par des examens du sang, ou par l'analyse de l'air expiré.

L'alcool éthylique, le plus répandu des toxiques de l'homme, a fait couler beaucoup d'encre ; on a fait à son sujet beaucoup de travaux. Pour combattre ce fléau on a essayé toutes les armes. L'anti-alcoolisme a eu ses apôtres. Les statistiques de consommation montrent qu'en France ils n'ont eu que des résultats individuels qui n'ont agi en rien sur l'alcoolisation des masses, qui reste très profonde.

La morale n'a pas donné grand' chose. Tout est à faire pour donner à notre race la sobriété et le dynamisme des Finlandais. De nombreux efforts se sont arrêtés à l'envoi de petits malades dans des asiles de buveurs. Cette formule, chère aux Cantons helvétiques, n'a pas eu en France beaucoup de succès. Dans ces asiles on n'observe pas, nous dit-on, d'accidents de sevrage. Les malades qui y viennent d'eux-mêmes, avec la volonté de guérir, n'y font jamais d'accidents. Ce n'est pas, hélas, ce que nous voyons chez nos gros alcooliques d'hôpitaux.

Il est bon de noter que le plus grand nombre des intoxiqués qui vont dans les maisons de cure sont des petits toxicomanes, dont les interprétations hypochondriaques exagèrent souvent les conséquences d'abus peu importants. Ils ont conservé assez de volonté de conscience pour vouloir guérir, ils ont assez de docilité pour comprendre le raisonnement du médecin ou du parent qui les y conduit. Ce sont des petits malades, des abouliques, des hypochondriaques. Leur maladie n'est pas toujours l'alcool, mais une autre maladie dont ils rapportent parfois la

cause à leur usage immodéré des boissons fermentées. Ces sujets se croient gravement intoxiqués parce qu'ils boivent un litre de vin par jour, ils se croient guettés par la folie, par les sanctions de leurs chefs, de leurs supérieurs. Ils ne feront jamais de délire aigu — ils en sont incapables. Ce sont des hypochondriaques au même titre que certains gonococciens, certains varicoceleux, certains phobiques de l'hypertension ou du cancer.

Le grand buveur chronique ne va pas de lui-même faire soigner son alcoolisme larvé ; il nie son intoxication. Quand sa famille veut le conduire à l'hôpital, il refuse ; il n'y est amené que parce qu'il délire.

On ne mènera jamais ces délirants aigus dans une maison de cure par abstinence simple ; les statistiques de mortalité seraient trop désastreuses.

Le Docteur BRUEL a vu un gros buveur qui venait tous les ans faire sa cure de déséthylisation : c'était un médecin très apprécié, mais qui abusait des apéritifs. C'est un des rares cas de cure volontaire qu'il ait vu. Son maître SOLLIER le soignait avec des bains, de l'isolement, des purgatifs alcalins, de l'opium à hautes doses. Tous les ans la cure réussissait ; pendant huit ans il récidiva et revint faire son traitement ; mais le blocage du rein et la défaillance cardiaque amenèrent chez cet homme la mort à 46 ans.

LE DELIRE « A POTU SUSPENSO »

S'il est évident que les abus d'alcool peuvent déclencher un délire aigu, il est non moins indiscutable que la suppression brusque de l'alcool peut déterminer les mêmes accidents. Pour connaître les effets de la suppression de l'alcool dans les milieux où elle est obligatoire, le Docteur BRUEL s'est adressé au milieu de la police d'Etat. M. TURBIÉ, Commissaire de police, officier d'administration du Service de Santé, ancien élève du Professeur RAVIART, a pu lui donner les quelques observations suivantes :

A Coulommiers, en avril 1932, un ouvrier d'entreprise de battage descend, comme il le fait tous les quinze jours dans un établissement où il fait des excès au cours desquels il se querelle avec quelques camarades. Amené au poste, il ne peut fournir les quelques pièces d'identité exigées. Il n'est pas ivre. Il ne présente aucun signe d'ébriété. En défaut de pièces d'identité, cet ouvrier, M. Ch..., est placé au violon municipal; le lendemain matin, il demande à aller à son travail et à prendre le premier autobus. Comme le commissaire et son secrétaire sont occupés, on prolonge son séjour. L'ouvrier agricole Ch... demande un verre de vin, il allègue qu'il se trouve un peu gêné. Une heure après, le secrétaire ayant pu s'occuper de lui, on amène Ch... dans le bureau du secrétaire. Il est calme, ne proteste que mollement contre la nuit qu'il vient de passer et contre les forma-

lités qu'on lui impose. Au moment où arrive le Commissaire, Ch... est pris d'une crise de délire onirique; il se jette sur le bureau du secrétaire, le renverse ainsi que tous les dossiers, il frappe le secrétaire et les agents. On l'immobilise et on éponge ses sueurs avec des linges mouillés d'eau.

La crise dure une heure. Le malade qui n'a jamais fait de crises nerveuses, ni d'accidents de ce genre, semble sortir d'un rêve. Il est tout surpris de ce qu'il vient de faire, il s'en excuse. Il prononce cette phrase : « Il ne faut pas m'envoyer au pharmacien ou à l'hosto, mais au bistro », quand le médecin appelé évoque le besoin d'un envoi à l'hôpital.

En 1935, dans le même Commissariat, un ouvrier habitué des débits de boissons, Georges B..., présente après dix heures de détention, une crise de délire de ce genre. Il demande du vin, il supplie qu'on lui laisse boire seulement « un verre de rouge ». Conformément au règlement, cela lui est refusé. On lui donne du lait et de l'eau. Sans autre motif, il présente brusquement une crise de délire, il frappe brutalement les agents et le Commissaire. Un médecin appelé fait demander la camisole de force de l'hôpital. Quand la camisole arrive, la crise violente est passée. Le malade est dans un état de torpeur délirante.

Cette crise aiguë, dont Georges B... déclare n'avoir aucun souvenir, et qui survient au cours d'une détention pour un délit banal justiciable d'une sanction en justice de paix, vaut à Georges B..., en police correctionnelle, une peine de trois mois de prison sans sursis.

Dans la même année, un ancien blessé de guerre, M. Gr..., alcoolique invétéré, mais travailleur très régulier, qui jouit de l'estime générale, est amené au poste de police en raison de son état d'agitation. Cet homme n'a jamais été condamné et n'a jamais commis de délit

au cours de ses libations; il présente un état d'agitation qu'il attribue à ce fait qu'ayant perdu son porte-monnaie, on lui a refusé du vin dans un grand nombre de débits et qu'il n'a pas pu boire. Il déclare qu'il n'a pas pu boire de vin depuis le matin et il supplie le Commissaire de lui en faire donner. Retenu au poste, dans la salle de garde des agents, il présente une crise de délire. Il tombe au sol, s'en relève comme dans un rêve, frappe les agents, cherche à tout briser. L'état des blessures de ce malheureux ayant fait hésiter à le mettre dans la chambre de sûreté un spectateur compatissant profite de ce que l'agité est maintenu au sol par les agents pour lui faire avaler un demi-litre de vin qu'on lui donne tout d'abord avec une cuiller. La crise de délire cesse rapidement, le blessé se relève, est tout étonné d'avoir frappé, et s'excuse de ses violences.

A *Saint-Germain*, en 1937, la police d'Etat amène au poste un éthylique notoire, Georges L... Cet homme ne travaille que pour boire, il vend l'été des fleurs de la forêt, et a la spécialité, l'hiver, de faire de petites corvées au cours desquelles il se livre à son délit habituel, le vol de vin et de boissons alcooliques. Amené pour ce délit, renouvelé encore une fois, au Commissariat, il reste toute la journée sans boire un autre liquide que de l'eau. Il ne présentait aucun signe d'ivresse, il venait comme délinquant, il avait volé du vin dans une cave.

Interrogé sur son délit, il est placé le soir dans une chambre de sûreté, où il se trouve heureusement en compagnie d'un garçon boulanger.

Ce dernier assiste à une scène affreuse de violence, après avoir bu de l'eau en abondance et réclamé en vain en frappant à la porte un peu de vin, il présente des sueurs profuses, puis un délire d'une violence extrême au cours duquel il s'étrangle avec son pull-over. Le

garçon boulanger qui n'ose pas l'approcher assiste à son asphyxie. Il frappe lui aussi à la porte de la chambre de sûreté, mais les agents qui croient avoir affaire aux appels de vin de Georges L... ne répondent pas. Quand le boulanger réussit à se faire entendre, on est obligé de faire des mouvements respiratoires à L..., puis de le transporter à l'hôpital où on le ramène difficilement à une respiration normale.

En 1938, au mois de juin, les agents de police remarquent un homme de quarante-cinq ans, qui conduit une voiture automobile luxueuse, pleine de marchandises et qui fait des excès de vitesse. Ils le font arrêter et lui font garer sa voiture dans la cour du Commissariat. L'homme n'est ni ivre, ni accusé, on lui demande simplement des renseignements d'identité, on le laisse stationner dans la salle de garde des agents de police.

On lui fait servir le repas qu'il commande au restaurant voisin, mais, conformément au règlement, on refuse de lui donner une autre boisson que du lait ou de l'eau.

De son côté l'automobiliste refuse de donner les renseignements, il veut du vin. Il les donnera si on le laisse boire. Il supplie qu'on lui en donne. La situation se prolongeant, on le met à 8 h. 30 du soir dans une chambre de sûreté. L'homme, qui n'est pas ivre, ne cesse de réclamer du vin, d'en implorer un verre. Le lendemain le Commissaire de police, qui est alerté à 4 h. 30 du matin pour un constat d'adultère au Vésinet, a la curiosité d'aller voir son détenu. Il le trouve dans un état de mort apparente, il est étendu au sol, la peau froide, paraissant ne plus respirer.

Un des agents qui fréquente l'hôpital comme donneur de sang, examine ses pupilles avec une lampe électrique. Elles paraissent réagir à la lumière.

Il existe néanmoins parmi le personnel du Commissa-

riat un état d'inquiétude, on va rapidement chercher dans un café-voisin que l'on va faire ouvrir, du café. On en verse dans la bouche, puis, avant de placer le malade dans l'ambulance, on lui fait boire du vin.

L'incarcéré a-t-il fait un simulacre, ou est-il ramené à l'état normal par le vin qu'on lui verse par petites cuillerées, puis par grandes cuillerées dans la bouche. Toujours est-il que les déglutitions d'abord imperceptibles et suivies de touffements, deviennent nettes, quand l'individu suspect a bu une quantité suffisante de vin, il sort de son malaise.

La même observation a été faite à Saint-Mihiel (Meuse) par M. TURBIÉ. Un peintre en bâtiments, M. D..., connu pour ses habitudes d'intempérance, réduit au chômage, rayé du secours de chômage, a des querelles avec les habitants de la commune. Il est chassé des débits et faute de moyens monétaires et d'amitié, se trouve en état de sevrage.

Après une demi-journée de sevrage, il commence à délirer, il injurie les passants. Emmené au poste de police, il est incarcéré. Il fait pendant la nuit une crise de délire hallucinatoire qui ne s'atténue que grâce à l'absorption de vin.

Il y a six ans, à Paris, la police emmenait à Bichat deux hommes qui s'étaient querellés. Ils n'étaient pas blessés, ils n'étaient pas ivres.

Ce fut pour ce motif que l'interne de garde ne chercha pas à hospitaliser malgré lui un des querelleurs qui alléguait que, n'étant pas malade, ni ivre, il n'avait rien à faire à l'hôpital.

Les agents l'emmenèrent au poste et pendant qu'on vérifiait son domicile et son identité, ils le placèrent dans une chambre de sûreté.

Le lendemain, ils le trouvèrent mort, couvert d'ecchymoses. Il avait succombé à une crise de délire aigu.

Les renseignements recueillis établissent que la victime était d'une intempérance notoire. Cette mort dramatique donna lieu à des polémiques de presse où l'Assistance publique et le Commissariat furent pris à partie. En réalité elle était le dénouement d'une crise de sevrage d'alcool.

QUELQUES OBSERVATIONS PERSONNELLES

Cette action de la privation de l'alcool nous a paru très nette dans notre service hospitalier où la ration de vin est courte et où le malade, entré à 6 heures du soir, reste jusqu'au lendemain 11 heures sans ingérer de boisson alcoolique. Dans notre service de médecin générale, jusqu'en 1938, les délires aigus de l'alcoolisme chronique ont constitué pour les médecins, les internes et les infirmiers, une obsession.

Ce sont des malades qui, parfois très calmes à leur arrivée, présentaient au cours de la nuit un délire hallucinatoire pendant lequel ils brisaient leurs appareils plâtrés, déchiraient leurs cicatrices, frappaient leurs voisins avec ce qu'ils avaient sous la main, blessaient les infirmiers, les sœurs et faisaient régner dans les salles une atmosphère d'angoisse et de folie. Ils étaient descendus au cabanon dans des conditions douloureuses. Le spectacle de ces malheureux délirants alcooliques, camisolés, éructant des paroles d'hallucinés, suant, déchirant leurs vêtements, luttant contre leur camisole, était une vision infernale.

Le collapsus cardiaque, l'anurie, emportaient un certain nombre de ces malades ; l'asile en recueillait

le reste, non plus dans leur état aigu mais dans un état de déchéance chronique. La thérapeutique en était bien décevante : la strychnine, le somnifène, l'opium en étaient la base ; mais quelle obsession pour le personnel de l'hôpital que ce fou furieux qui hurlait, mourait ou était évacué, malgré la demande faite d'urgence à la Préfecture, 8, 10 ou 12 jours après son admission à l'hôpital. La mort obligeait souvent à annuler la demande d'envoi à l'asile. La thérapeutique ne donnait pas grand' chose : sa diversité de moyens n'avait d'égale, comme c'est souvent le cas, que son impuissance. Il n'y a pas, pour le rhumatisme articulaire aigu ni pour le paludisme, qui ont leur thérapeutique spécifique, un tel luxe de médicaments.

Voici les quelques observations qui ont été retenues par nous :

R. B..., camionneur, 43 ans, éthylique notoire. Abus nié par le malade. En chargeant des colis à la gare de marchandises, heurte un diable et présente une fracture bimalléolaire. Est transporté d'urgence à l'hôpital où un plâtre est appliqué dès son arrivée à 18 h. 30. Cauchemars pendant la nuit, demande à boire, le veilleur lui donne de la tisane. Reçoit le lendemain à 11 heures un repas qu'il refuse, un peu de vin qu'il boit. Ce malade tombe donc de 3 litres de vin par jour, de 6 apéritifs ou digestifs par jour à 250 cc. de vin à 9° dans les 24 heures. L'état d'agitation s'accroissant, et la famille ayant signalé ces abus d'alcool, il reçoit du vin laudanisé. Mais la prescription paraît insuffisante à arrêter les accidents. Dans la deuxième nuit de son séjour à l'hôpital apparaît

une crise de délire aigu avec hyperthermie (39°). Le séjour en salle commune devient impossible, le blessé est descendu dans une chambre de sûreté. Il déchire ses vêtements, il brise son plâtre. On doit le camisolier. On pratique des injections I. M. de 8 mgr. de strychnine et des injections I. V. de somnifène.

Les urines, encore abondantes la veille, deviennent rares. Albumine 0 gr. 20, urée sanguine 0 gr. 40, cholestérol 2 gr. 50. Le taux des urines va encore en diminuant, le délire s'accroît, la fièvre atteint 40°.

Au quatrième jour, l'anurie est totale : urée sanguine 1 gr.

Au cinquième jour, anurie totale ; urée sanguine 2 gr. 10.

Au sixième jour, malgré les purgations, les diurétiques, l'anurie persiste ; urée sanguine 2 gr. 95.

La tendance aux défaillances cardiaques et le mauvais état général font renoncer à l'éventualité d'une décapsulation. Le malade meurt au huitième jour d'anurie totale avec 8 gr. d'urée environ par litre de sang.

J. D..., marinier, 34 ans, éthylique notoire, fait toutes les nuits des promenades sur son bateau. Son sommeil est troublé par des cauchemars.

Au cours d'une de ces promenades, il glisse et tombe dans l'Oise ; amené au Commissariat de Police, il y reçoit les premiers soins et est évacué le lendemain sur l'hôpital.

D'après les renseignements fournis, il a bu abondamment la veille jusqu'à 6 heures du soir, mais n'a rien pris jusqu'à midi, heure à laquelle je l'examine. Il répond aux questions, nie les pratiques alcooliques, déclare boire peu, du vin rosé seulement ; il présente un état fébrile sans signes nets d'auscultation pulmonaire ;

silhouette d'alcoolique, cet état étant confirmé par la famille.

Celle-ci déclare que le malade croit être poursuivi, persécuté, que l'on veut le chasser de son bateau. A l'hôpital, dans la nuit, le malade présente un délire hallucinatoire et, malgré les efforts des sœurs et du personnel de garde, il ouvre une fenêtre et se jette du premier étage dans la cour de l'hôpital. Transporté dans une salle d'isolement avec une fracture de jambe, il présente un délire aigu avec oligurie, langue sèche, quelques râles aux bases. Il succombe le septième jour avec une crise de collapsus cardiaque, malgré la strychnine, le gardénal, les toniques du cœur.

Il est hors de doute que si la privation brusque d'alcool peut provoquer des délires subaigus comme ceux que nous a signalés M. le Commissaire TURBIÉ, le sevrage peut déterminer, surtout quand il y a un traumatisme ou une maladie concomittants, des délires aigus d'une violence et d'une gravité exceptionnelles.

Tous les alcooliques, en dépit de leur teint fleuri, de leur embonpoint, de leur belle apparence, sont exposés à ces accidents, surtout quand, à la privation de l'alcool, vient s'ajouter le traumatisme ou la maladie.

Les auteurs anciens s'étaient rendu compte de cela lorsqu'ils donnaient du vin à leurs blessés, à leurs malades. Le « vulnéraire » était la prophylaxie des délires de sevrage du temps jadis.

C'est pour cela que, si certains auteurs, qui sont surtout des psychiatres qui reçoivent des délirants

alcooliques 8 ou 10 jours après les phénomènes aigus, proscrivent l'alcool et prescrivent l'abstinence, d'autres, plus près des malades aigus, parce qu'ils font de la psychiatrie à l'hôpital de Nantes ou de Versailles, comme BENON et BEHAGUE, conseillent l'alcool, le vin de Champagne, les grogs, le Todd, les vins généreux.

L'ALCOOL

CONTRE LES DELIRES ALCOOLIQUES

La plupart des auteurs admettent l'utilité des boissons alcooliques. Mon Maître, le Docteur BRUEL, préfère ne pas obliger le foie et le tube digestif à supporter le premier choc de nouvelles libations. Il injecte l'alcool dans les veines.

Il n'a pas cherché à réaliser, par une voie moderne, une thérapeutique ancienne ; il y a été amené par une observation qu'il relate dans son opuscule sur l'éthylothérapie endoveineuse des alcooliques (VIGOR, 1939). Nous la reproduisons ici, ainsi que plusieurs autres.

PREMIERE OBSERVATION

L'observation suivante mérite d'être rapportée dans tous ses détails.

M. Ch. J..., 45 ans, a été blessé au cours d'une explosion de poudrière où il travaillait à la fin de la guerre. Il a conservé un corps étranger intrapulmonaire qui n'a jamais été extrait.

Il exerce un emploi chez un marchand de chevaux, et il achète en province de nombreux animaux, dont les tractations se font le verre d'alcool à la main et l'eau-de-vie dans la bouche. Il a jusqu'à présent bien supporté son éclat. Néanmoins, depuis deux mois, à la suite d'une

période de chômage, il présente des crises de dyspnée, des sueurs abondantes, un état général franchement mauvais. Il s'alimente à peine, tremble, frissonne ; des hémoptysies viennent compléter le tableau clinique, et rien n'est plus abominable que le spectacle de ce malade inondant, dans un local insalubre, son lit de sueur et de sang.

Examiné dans un dispensaire, où il est radiographié, il y est considéré comme présentant autour de son éclat une réaction inflammatoire. Il existe au niveau de l'espace scapulo-vertébral à la hauteur de l'éclat une douleur vive. Mal averti des mauvaises habitudes de boisson, je crois, moi aussi, à une suppuration pulmonaire, et comme le local où il a son lit se prête mal à un traitement, je conseille au mois d'août dernier un séjour dans mon service hospitalier. Je l'envoie avec le diagnostic « d'abcès du poumon en formation chez un porteur de corps étranger pulmonaire ».

L'examen d'entrée, la radiographie, semblent confirmer le diagnostic. La température, le 20 août 1938, à l'entrée, est à 40°.

Je prescris, comme à tous les abcès du poumon qui viennent dans mon service, des injections d'alcool éthylique à 30°, à raison de 40 cc. le premier soir, de 20 cc. le lendemain matin et le lendemain soir.

Le résultat est d'une rapidité surprenante. Les sueurs disparaissent, la langue n'est plus sèche, les grands frissons et l'insomnie qui secouaient le malade régressent dès la deuxième injection. Quarante-huit heures après son entrée, la température ne dépassait pas 37°8. Au cinquième jour, il n'y avait ni fièvre, ni frissons, ni douleurs, ni hémoptysies. Le malade guéri, à la grande surprise de sa famille, demandait à rentrer à son domicile le douzième jour. A ce moment, il présentait, comme

seul signe de sa maladie, l'image radiographique de son corps étranger pulmonaire.

Les quelques examens de laboratoires faits à ce moment montrèrent une numération globulaire qui n'avait aucun rapport avec un abcès du poumon. Un taux d'urée sanguine très faible par rapport au taux de cholestérol sanguin. Urée : 0 gr. 25. Cholestérol : 3 grammes.

En huit jours, 300 cc. d'alcool éthylique à 30° avaient été injectés dans les veines. Elles avaient coupé court à tous les accidents fébriles, sudatoires, aux tremblements, aux frissons, aux hémoptysies, à l'insomnie.

Le malade a repris son travail vingt jours après son entrée à l'hôpital ; il a éprouvé un tel changement dans sa vie depuis son traitement qu'il a cessé de faire des abus de boisson.

Cette observation nous a amené à suivre l'évolution d'autres malades présentant des signes nets d'éthylisme chronique, sans manifestation clinique très nette, et se classant parmi les éthyliques larvés.

DEUXIEME OBSERVATION

Notre deuxième observation concerne une femme.

Mme M... Ang., 35 ans, sans profession, vient nous consulter avec son mari pour des insomnies tenaces compliquées de crampes, au niveau des deux jambes.

Le tremblement, l'odeur acétonée éthérée de l'haleine, la teinte vineuse des joues et des pommettes viennent confirmer le diagnostic d'éthylisme chronique.

La malade avoue d'ailleurs ses mauvaises habitudes. Elle ne mange plus, elle ne dort plus, elle devient irritable à l'extrême. Elle frappe ses enfants sans motif et elle a essayé de frapper son mari.

Ce dernier, qui commence à être las de cette situation, et qui connaît ma première cure, me demande si je ne peux pas améliorer la situation qui devient intenable. Il a déjà essayé une cure à la strychnine, mais la rechute a été immédiate. Au retour du travail, il trouve toujours dans les coins de la cuisine, de nouvelles bouteilles ayant contenu du vin, les épiciers et les marchands de vins du voisinage viennent réclamer des notes de boissons. Le fils aîné, jeune homme sérieux, supplie lui aussi sa mère d'abandonner ses pratiques d'alcoolisme, mais rien n'y fait. Le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt. L'état général est mauvais, les réflexes tendineux sont vifs, la pression des mollets éveille une douleur vive. Je conseille un séjour à l'hôpital, mais la malade refuse cette formule et le mari n'en est pas partisan. Il veut traiter sa malade à la maison. Il cessera son travail pendant huit jours s'il le faut. Il montera la garde avec son fils, il se fera aider par son beau-frère, il veut en finir coûte que coûte.

Pendant les huit jours, je me contente de ramener à trois litres de vin à 10° la consommation quotidienne de la malade et je lui fais des injections intramusculaires de vitamine B qui semblent diminuer les douleurs. L'alimentation est presque nulle. L'urée sanguine est à 0 gr. 19, le cholestérol à 2 gr. 50. La malade souffre moins de ses crampes, mais elle reste en état d'éthylisme chronique. Il n'y a aucun signe d'ivresse, de délire.

Le vendredi soir, d'accord avec le fils et le mari, nous profitons d'une période de pont de fête légale pour commencer le sevrage et le traitement de l'alcoolisme. Je suis, pour ma part, assuré de plus de liberté du fait des jours de fêtes et la famille peut se relayer au chevet de la malade.

Dans la nuit du vendredi au samedi, la malade pré-

sente un léger délire. Toute la journée du samedi elle ne cesse de se plaindre et de réclamer du vin.

Toutes les précautions ont été prises: lit bas, combinaison de toile écrue de travail pouvant jouer, le cas échéant, le rôle de camisole, changement de pièce et installation dans une chambre sans pointes ou anneaux pouvant permettre une pendaison, fermeture des fenêtres ne laissant pas la faculté d'un suicide par défenestration.

Dans la journée du vendredi, la malade a pris 300 cc. de vin. Elle ne prend rien du vendredi 19 heures au samedi 19 heures. Le samedi soir, la crise de sevrage, qu'il est impossible d'imputer à des excès de boisson, est amorcée; des sueurs abondantes perlent à grosses gouttes au front. La fièvre monte rapidement à 39° : « Du vin, par pitié, donnez-moi du vin, je vais mourir ». En raison de l'état d'anxiété de la famille, je pratique une première injection d'alcool intraveineux à 30° (30 cc.). Afin d'éviter toute préoccupation à l'entourage, je fais une heure plus tard 15 cc. de somnifène intramusculaire et je donne 5 ctg. d'extrait d'opium.

Je revois la malade à minuit. Il y a du délire, mais l'ébauche du delirium est écartée. La malade se plaint de ses jambes, mais elle a des périodes de sommeil.

Le dimanche matin, je fais de nouveau 30 cc. d'alcool intraveineux. Je fais à midi 1 ctg. de strychnine. Le dimanche soir, j'injecte 20 cc. d'alcool à 30° dans les veines.

La malade prend le soir un repas léger, elle ne réclame pas de vin, mais j'exige une surveillance constante. La température est devenue normale. Plus de sueurs. Régressions des tremblements. Continuation du traitement avec diminution de doses le lundi et le mardi (30 puis 25 cc. matin et soir). Amélioration considérable.

La malade mange, dort, urine abondamment, peut se lever seule pour aller à la selle.

Le mercredi, la cure est terminée. L'état général est bon. La malade déclare qu'elle se sent guérie, qu'elle dort, qu'elle mange, qu'elle a honte de l'état dans lequel elle s'était mise. J'abandonne le traitement le vendredi. Revue trois mois après. Pas de rechute. Reprise de poids de 5 kilogrammes.

Cette observation, prise au cours d'un traitement à domicile, montre bien que les accidents ne sont pas dus aux abus de boisson fermentée mais, comme chez les hôtes de M. le Commissaire TURBIÉ, à la suppression de l'alcool. De même que l'on provoque à la date que l'on veut les réactions de la crise de sevrage de la morphine, de l'opium, nous eussions pu prolonger à volonté la durée de l'intoxication tolérée, de même que nous eussions pu laisser aller les réactions délirantes et fébriles du sevrage jusqu'au délire onirique ou au delirium tremens.

Nous n'avons pas voulu pousser trop loin le sevrage, il faut toujours compter avec une défaillance imprévue du myocarde, des surrénales, des reins, de la circulation cérébrale, et si la cure était consentie par la malade et réclamée par la famille, elle n'était pas encore assez dans les usages de la thérapeutique courante pour permettre sans risques une temporisation.

AUTRES OBSERVATIONS

M. F. B..., envoyé à l'hôpital pour une épistaxis rebelle. Cette épistaxis est liée à un allongement du délai de coagulation et de la durée de saignement consécutif à une insuffisance hépatique dont l'examen du sang fixe les chiffres : urée : 0 gr. 13 ; cholestérol. 3 grammes.

Signes classiques de l'éthylisme chronique : tremblement, anorexie, subictère conjonctival. Le soir même de son entrée à l'hôpital, présente un léger délire hallucinatoire qui gêne le sommeil des autres malades. L'examen du nez montre simplement de l'hypertrophie des queues du cornet. Le malade rejette tous les tampons nasaux. Le sujet n'est pas arrivé en état d'ivresse mais son haleine a une odeur d'acétone parfumée. Le tremblement ne cesse de s'accroître et le délire devient continu. La fièvre atteint 38°5.

La famille me confirme des habitudes d'éthylisme. Je fais pratiquer des injections intraveineuses d'alcool à 30°. Première injection dix-huit heures après son entrée à l'hôpital. Régression rapide de l'épistaxis, du tremblement, du délire, de l'anorexie, de l'insomnie.

Reprise de l'aptitude au travail le dixième jour. Le malade, revu à son domicile, a abandonné l'alcoolisme et ne boit plus qu'aux repas et en faible quantité.

Urée sanguine : 0 gr. 18. Cholestérol : 2 gr. 60.

M. Sib... Eug., terrassier, 43 ans, signes nets d'éthylisme chronique, tremblements des extrémités. Teint rouge vineux, insomnie, anorexie. Amaigrissement de 10 kilogrammes. Le tremblement s'étend à la parole qui est brève, saccadée. Odeur éthérée de l'haleine. Au cours de la nuit du 7 au 8 octobre, présente une première crise d'agitation des paroles et des actes. Cette crise est consécutive à une querelle de famille où la femme et les enfants font de vifs reproches à leur père au sujet de ses habitudes d'alcool et essaient de diminuer ses pratiques éthyliques. Le lendemain, crise fébrile, langue sèche, urines rares, subictère. Dans la nuit du 8 au 9, le malade qui est resté alité et a été privé d'alcool par les siens, présente du délire. Il poursuit sa femme et ses

enfants en tenant à la main un couteau de cuisine. Le maire de la commune est alerté. Sur ma demande, l'ambulance de Saint-Germain est envoyée avec des agents, des infirmiers et une camisole de force. On parvient à le désarmer et à le camisolier. 20 cc. d'alcool à 30° sont administrés dès son entrée ainsi qu'un centigramme de sulfate de strychnine et 10 cc. de somnifène. Amélioration immédiate ; l'état d'agitation, les sueurs, le délire cessent trente heures après l'entrée à l'hôpital. Une deuxième injection intraveineuse d'alcool à 30° (30 cc.) est faite à ce moment. Amélioration continuelle. Le malade peut être placé dans une salle ordinaire de médecine, chaque jour le délire diminue, l'appétit reprend, le sommeil redevient normal sans somnifène ni gardénal. Au cinquième jour il n'est plus fait que 20 cc. d'alcool intraveineux. Le malade peut regagner son domicile après sept jours de traitement et reprendra son travail au dixième jour.

Malade revu au mois de février. Ne présente plus de signe d'alcoolisme ni d'aliénation. Travaille régulièrement, boit seulement aux repas. Urée : 0 gr. 17. Cholestérol : 3 gr. 10. Le retour de ce malade dans son lieu de domicile sept jours après sa crise de délire onirique a été un sujet d'étonnement pour les habitants de cette petite cité.

Cette constatation un peu surprenante de l'action de l'alcool intraveineux a été faite par le Docteur BRUEL et par ses élèves plusieurs centaines de fois.

Voici quelques observations inédites :

— M. J. B..., briquetier, 40 ans, est père de six enfants. C'est un travailleur régulier mais qui fait depuis plus de vingt ans des excès de boissons continus. Le matin,

avant d'aller à la briqueterie, il boit des « champoreaux », mélange de café noir et de vin ; dans la journée, aux repas, il boit du vin rouge ; on peut évaluer à 3 lit. 500 la quantité de vin qu'il boit. Il avoue ses abus. A part cela c'est, à l'entendre, un homme « très sobre », qui ne prend jamais ni apéritifs, ni digestifs. Il est déjà venu à l'hôpital il y a trois ans pour une crise de délire aigu.

Depuis plusieurs mois, le sommeil est devenu nul ; l'état général s'est altéré ; sous l'influence de l'anorexie, le foie déborde les fausses côtes ; il existe une trame de circulation collatérale ; le teint est subictérique ; le sujet est querelleur.

Le malade présente tous les signes larvés de l'alcoolisme continu : haleine, tremblement, insomnie, anorexie, subictère. La déficience du foie se manifeste par de l'hypoazotémie : 0 gr. 15 ; de l'hypercholestérolémie : 3 gr. 20 ; de la glycosurie : 0 gr. 15 ; de l'albuminurie : 0 gr. 10.

Son médecin traitant a agi sur sa famille et sur lui-même pour l'envoyer à l'hôpital faire une cure de sevrage dans le service du Docteur BRUEL.

Dès le premier jour, le malade est soumis à l'éthylothérapie. Le traitement évite la récurrence du délire survenu à la première hospitalisation. Le sevrage se manifeste sous la forme très atténuée d'un tremblement qui s'étend à tout le corps, de sueurs frontales abondantes, d'un état d'angoisse qu'on essaie de diminuer en donnant toutes les trois heures de petites doses de gardénal. Par mesure de précautions, le lit est garni de planches sur les côtés.

Le premier jour, il est injecté dans les veines 60 cc. d'alcool à 30° ; les sueurs, l'état d'angoisse, le tremblement persistent 36 heures. Le deuxième jour, 50 cc.

d'alcool sont injectés ; l'agitation a cessé totalement le troisième jour, où il n'est injecté que 30 cc. Le malade, complètement sevré de vin et de boissons alcooliques, ne présente plus au septième jour aucun des troubles qui ont déterminé son envoi à l'hôpital. Il dort, il mange, il n'éprouve plus de douleurs, plus de tremblements, il nous quitte avec l'excellent désir de ne plus rechuter dans l'alcoolisme.

— M. A. L..., travailleur agricole, qui vit sur les bords de la Seine dans une baraque misérable pleine de bouteilles vides. Le défaut de travail régulier et, partant, de salaires, ne lui ayant pas permis de renouveler sa provision de vin, il ne tarde pas à présenter un délire alcoolique avec somnolence. Il est envoyé d'urgence à l'hôpital par un médecin d'Achères, avec le diagnostic de coma et un pronostic très réservé.

A son arrivée à l'hôpital il présente le tableau clinique d'un coma urémique. A défaut de renseignements précis, il est sondé ; l'examen des urines montre de trop faibles quantités de glucose et d'albumine pour permettre de rapporter au diabète et à l'urémie l'état de somnolence ; le pH urinaire est élevé : 7. En raison de l'odeur aldéhydique de l'haleine, de la teinte subictérique des conjonctives, de la légère circulation collatérale, le diagnostic de délire chez un alcoolique chronique est porté, et le malade est immédiatement soumis à l'injection intraveineuse de 60 cc. d'alcool éthylique à 30°. Une prise de sang faite avant l'injection permettra le dosage de l'urée, de la glycémie, du cholestérol et le contrôle des réactions de B.-W.

Après la troisième injection, la femme du malade qui vient, 24 heures après l'envoi à l'hôpital, s'enquérir à quelle heure est décédé son moribond, est heureusement

étonnée de le trouver assis sur son lit. Par elle nous obtenons des détails sur les habitudes d'alcoolisme ancien et continu de son mari :

« C'est un vrai miracle... Comment a-t-il pu sortir de cet état ? »

Même surprise chez le médecin qui vient s'enquérir lui aussi du moribond qu'il nous a envoyé. Nous évitons de lui dire la situation exacte du sujet. Nous l'emmenons dans la salle sous le prétexte de lui montrer les résultats de l'examen de sang, qui donne un B.-W. négatif, un taux d'urée à 0 gr. 30, un cholestérol à 3 gr. 10. Le médecin, le Docteur VOGEL, est stupéfait de trouver, trois jours après l'envoi à l'hôpital, son malade occupé à lire un journal illustré sur son lit d'hôpital :

« Ce n'était pas de l'ivresse, nous dit-il, j'ai pensé à un coma à évolution grave et à pronostic rapidement fatal. »

L'examen du sang fait dès le premier jour, toutes les heures, par M. LECOQ, pharmacien et chef de laboratoire de l'hôpital, exclut d'ailleurs tout diagnostic d'ivresse : aucune quantité d'alcool n'a été trouvée dans le sang ainsi examiné. Le malade présente, par contre, dès qu'il est sorti de sa somnolence, tous les signes de l'éthylisme chronique. Il reste huit jours dans le service ; il lui est injecté, pendant cette période 200 cc. d'alcool à 30°, 20 cc. de solution de strychnine à 1 %. Signalons d'ailleurs les faibles quantités de strychnine que nous injectons quand nous employons l'alcool intraveineux : 2 à 6 mgr. par jour nous suffisent.

— M. J. L..., 34 ans, léger hépatomégalique, présente une grosse rate et un début de circulation collatérale. Il est envoyé dans le service pour une épistaxis tenace et bilatérale sur laquelle on essaye en vain les pectines,

l'anthéma, le venin de crapaud, l'émétine, les tamponnements. Au bout de huit heures, l'épistaxis persiste ; elle commence à se compliquer de délire. En raison de l'odeur de l'haleine et du délire, 30 cc. d'alcool à 30° sont injectés dans les veines. Quelques minutes après l'hémorragie est arrêtée ; on peut cesser le tamponnement postérieur, très mal supporté par le sujet.

L'éthylothérapie est continuée ; elle s'accompagne d'une disparition régulière du délire et d'un retour progressif et rapide à la vie normale. Chez ce malade les dosages d'urée sanguine sont curieux, alors qu'il n'y a que des traces d'albumine dans les urines, le taux d'urée est, avant l'éthylothérapie, de 1 gr. 65 ; trois jours après il tombe à 0 gr. 40.

C'est la deuxième observation d'hémorragie tenace survenant chez un alcoolique permanent et qui cède à l'alcool intraveineux. L'alcool éthylique complète-t-il son rôle de médicament sédatif du sevrage par une action sur la durée du temps de saignement ou du délai de coagulation ? Nous compléterons nos examens à ce sujet.

— M. P. L..., 83 ans, boit sans répit. Titulaire d'une retraite de fonctionnaire, il en emploie la majeure partie à acheter du vin et contraint sa femme à un état de misère et de dénuement complet.

Envoyé à l'hôpital pour une pneumonie du sommet, il ne tarde pas à présenter un délire violent qui ne permet pas de le garder dans une salle commune et qui nécessite son placement dans une chambre de quatre lits réservée aux malades agités mais non dangereux. Il présente pendant trois jours de l'oligurie, de fortes oscillations thermométriques, du délire. L'expectoration est oligo-microbienne, le pH urinaire est très élevé ; le taux d'urée est faible : 0 gr. 17 ; le cholestérol est fort : 2 gr. 80.

En raison de son délire et de pneumopathie, de l'alcool intraveineux est injecté à raison de 20 cc. matin et soir pendant six jours. Il est fait en même temps du camphre soluble spartéiné, de l'aminophylline en suppositoires, de l'ouabaïne, de la révulsion, du vaccin de WEILL et DUFOURT. L'état se termine le cinquième jour par une crise urinaire, par la régression des signes d'auscultation.

Au vingtième jour le malade, pour qui nous avons établi un dossier de placement en asile de vieillards, nous déclare qu'avec sa retraite il veut rester libre de faire ce qu'il lui plaît et demande sa sortie de l'hôpital. Nous n'avions attaché au traitement de ce vieillard, heureusement guéri de sa pneumonie, qu'une importance très limitée, lorsque, six mois après, nous avons eu à soigner sa petite-fille à notre cabinet :

« Vous allez sourire, Docteur, vous savez le grand-père, qui buvait toute la journée... eh bien, il ne boit plus ! Il se porte comme le Pont-Neuf... Autant il était sale et miséreux, autant il se soigne et s'entoure de confort. Qu'avez-vous pu lui faire ? Il faudra en passant venir le voir. Il ne veut plus entendre parler de vin et d'alcool. Autrefois il n'était pas à prendre avec des pinçettes, il grognait tout le temps. Maintenant son bonheur est d'acheter des jouets et des vêtements pour mes gosses. Nous n'en revenons pas... »

— M. P..., 42 ans, comptable, n'est venu que très tardivement à l'abus de l'alcool éthylique. C'est un malade digne d'un gros intérêt, c'est un cyclique de l'éthylisme et de la tempérance. Dans les périodes d'abstinence, il est un apôtre de l'antialcoolisme. Brusquement le brave homme, qui faisait quelques jours auparavant des efforts inlassables pour arracher des buveurs à leurs

verres, est ramené à l'éthylisme le plus caractérisé. Ce n'est pas l'impulsion de l'épileptique, ce n'est pas la dipsomanie constante, c'est une crise que des médecins, qui en ont fait l'observation avant nous, ont appelée « épileptoïde, épileptiforme ». Ce sont des termes que nous n'emploierons pas, car il n'y a pas une impulsion inconsciente, mais il semble qu'il y ait, à la base des troubles, un déséquilibre du pH. L'alcalose élevée, qui semble tenir le levier de commande des rechutes, s'accompagne de perte des phosphates, d'asthénie et d'anorexie réfléchie. Le malade mange moins, il mange très peu dans ces périodes, car il sent, sous l'influence de la montée post-prandiale de son pH, une somnolence invincible, profonde, à laquelle il n'échappe qu'en limitant la quantité de ses aliments ; il diminue ainsi la quantité d'HCl nécessaire à sa digestion.

Cette alcalose a été constatée il y a déjà plusieurs années ; le malade l'a combattue avec de l'acide phosphorique et a compensé ses pertes de phosphates avec des sels végétaux.

Il a fait de longues cures, dont une de plusieurs mois, dans des maisons de régime : il y a laissé les économies qu'il possédait.

Ce malade est intéressant parce qu'il semble combattre l'alcalose élevée quand elle survient, avec l'acidité des boissons alcooliques. Ses crises d'éthylisme, qui le désespèrent, dont il a honte, semblent être une manifestation de la lutte contre l'alcalose avec les boissons fermentées et distillées, et nous croyons que l'on trouve cette auto-défense dans beaucoup de cas d'alcoolisme.

A son entrée dans le service, le matin même avant 9 heures, moment où il est hospitalisé, il a bu 1 litre de vin, il a pris la veille 2 lit. 500 de vin. L'examen de son sang, fait le jour de son entrée, montre de l'éthy-

lémie, un faible taux durée : 0 gr. 17, un taux élevé de cholestérol : 2 gr. 34, un B.-W. et un Besredka négatifs, un pH urinaire à 7,4. Il n'y a pas de signes d'ivresse. Le malade, qui vient volontairement pour se sevrer sous l'amortissement de l'alcool éthylique, accuse des douleurs abdominales et au niveau des sinus costo-diaphragmatiques. Dans la nuit qui suit son entrée, la privation d'alcool buccal commence à faire son effet, mais comme l'éthylothérapie a été commencée le jour même, elle se borne à l'accentuation du tremblement, à des sueurs frontales et cervicales, à de l'angoisse. L'éthylothérapie, accompagnée de faibles doses de sulfate de strychnine, se poursuit pendant une semaine. Pour combattre l'alcalose que nous considérons responsable des crises d'éthylisme cyclique du malade, nous lui faisons prendre de la limonade phosphorique avec 1 gr. d'acide phosph. et 2 gr. de phosphate de soude par jour.

L'alimentation du malade est vite normale ; son sommeil reste imparfait. Le pH urinaire à la sortie est descendu à 5 ; l'état général du malade est très amélioré et son sevrage est complet.

**L'ALCOOL ETHYLIQUE A 30 %
INJECTE DANS LES VEINES
SE COMPORTE-T-IL COMME UN TOXIQUE
OU COMME UN MEDICAMENT ?**

Depuis le jour où le médecin polonais LANDAU utilisa l'alcool éthylique par voie endoveineuse dans le traitement des pneumopathies et en particulier des abcès du poumon, cette thérapeutique est devenue usuelle. Elle n'a jamais présenté d'inconvénients. Elle s'est révélée particulièrement heureuse dans les septicopyohémies, et, entre les mains des Professeurs CARRIÈRE et HURIEZ, de Lille, dans l'intoxication barbiturique. Dans tous ces cas elle agit avec une efficacité nette, non pas comme un toxique, mais comme un médicament précis et facile à administrer.

Il est bon, dans tous les cas, de bien faire l'inventaire de l'état du foie, de la circulation portale, de l'acuité visuelle, de l'état des nerfs périphériques, de manière à éviter de lui imputer à tort des états de cirrhoses, de névrites, de démences déjà constituées. Ce ne sont pas les doses que l'on injecte qui peuvent déterminer des accidents. On peut, si on augmente trop abondamment le volume d'alcool, déterminer de l'ivresse par voie intraveineuse, mais ce sont là des expériences qui n'ont rien à voir avec la médecine du

praticien. On arrive bien à l'intoxication éthylique par absorption de vapeurs alcooliques dans les chais. On peut intoxiquer avec de fortes quantités d'alcool I. V., mais notre thérapeutique reste loin des doses toxiques. Il faut noter que l'action est immédiate. C'est là que l'on voit l'alcool éthylique intraveineux avoir une action spécifique. Dès le premier jour, le délire diminue, le danger de mort s'atténue. Même si le transport à l'hôpital a nécessité le camisolage, le malade ne se défend plus dans sa camisole, il abandonne cette lutte inégale et épuisante ; sa camisole, autrefois instrument de mort, ne devient plus qu'un vêtement inconfortable, mais sans danger.

Action sur l'organisme

Un buveur qui absorbe chaque jour 3 litres de vin à 12 degrés boit 360 cc. d'alcool absolu, ou encore 1 litre, 2 d'alcool à 30 degrés. Comment expliquer que 100 cc. d'alcool à 30 degrés injectés dans les veines, suivis de doses dégressives les jours suivants, puissent exercer une action nette, l'alcool par voie buccale étant supprimé.

Il y a là une disproportion entre les doses, qui permet de supposer, ou que l'organisme des alcooliques chroniques est dans un état de déséquilibre, en face duquel l'alcool éthylique agit comme dans une septicémie, ou qu'il est dans un état en face duquel l'alcool agit comme dans une intoxication barbiturique, ainsi qu'un agent thérapeutique exceptionnel.

Si l'alcool éthylique à 30 %, injecté dans les veines, n'avait pas sur l'organisme une action totalement différente de celle de ce même alcool absorbé par voie buccale, la thérapeutique serait un paradoxe, une intoxication nouvelle par voie parentérale devant accentuer les malaises. Il y a là un élément sur lequel le Docteur BRUEL et le Docteur ès-sciences et en pharmacie LECOQ, se penchent avec une minutieuse ténacité. Nous savons qu'ils arriveront à dérouler cet écheveau et à nous expliquer pourquoi, chez un sujet imbibé d'alcool pris par voie buccale, la rééquilibration de l'organisme survient en quelques jours dès que l'on injecte dans les veines des quantités d'alcool qui sont, 10, 20 et 30 fois moins fortes que les doses buccales que l'on a supprimées.

Nous avons vu la mortalité par alcoolisme aigu tomber à zéro, nous avons vu les délires hallucinatoires n'avoir plus besoin de liens et de camisoles, le delirium tremens s'apaiser. Il y a des résultats évidents, et l'éthylothérapie est pour nous le traitement le plus sûr de l'intoxication alcoolique chronique et de ses accidents aigus ; il est pour le moins aussi facile et aussi peu contre-indiqué que la strychnine à haute dose. Il a des effets incomparablement supérieurs à ceux de l'alcool par voie buccale, de l'opium, des barbituriques. C'est d'autre part une thérapeutique qui, sans appareillage spécial, sans risques d'intoxications, ou d'accidents, est à la portée de tous les praticiens.

Les détails de la thérapeutique

Mon Maître, le Docteur BRUEL, a obtenu les premiers résultats probants lorsqu'il a injecté des quantités suffisantes. Au début, il fut, comme il convenait, assez timide. Il ne lâchait pas le contact avec la strychnine et le somnifène. Il donnait le premier jour 40 cc., matin et soir, d'alcool à 30 %, puis diminuait peu à peu les doses, de manière à n'injecter que 20 cc. le 6^e jour, moment auquel il cessait son traitement, sans dépasser un total de 250 cc. Il eut des résultats excellents, mais quelques cas de delirium tremens résistèrent à la thérapeutique ; il eut quelques très rares cas de décès, ou de nécessité d'internement.

Ce n'est qu'à partir du jour où, muni de seringues de 50 cc., il injecta le premier jour 150 cc., le 2^e jour 120 cc., le 3^e jour 100 cc., le 4^e jour 75 cc., le 5^e jour 50 cc., le 6^e jour 40 cc., le 7^e jour 20 cc., qu'il vit la mortalité et les internements tomber à zéro. A ce moment, il n'eut plus besoin de thérapeutique de complément, il n'utilisa plus la strychnine, ni les calmants. C'est à peine si, dans les cas les plus graves, il eut besoin d'isoler 24 ou 36 heures ses malades.

La solution que nous employons est préparée par M. LECOQ, pharmacien de l'hôpital de Saint-Germain ; nous utilisons pour l'injection des aiguilles à biseau court et d'un assez gros calibre (11 à 12 dixièmes de millimètres) ; l'injection est faite dans les veines au pli du coude, poussée assez rapidement ; nous n'avons ainsi jamais eu de sclérose des veines.

A la fin de la cure, nous faisons prendre de l'acide phosphorique et nous prescrivons des piqûres d'extrait hépatique et splénique, et surtout nous cherchons à placer le malade sous la protection éclairée de sa famille ou d'œuvres de tempérance.

Les suites

Y a-t-il des guérisons stables ?

En dépit des panneaux de la route et des appels qui déclarent qu' « une journée sans vin est une journée sans soleil », que « la... est l'amie de l'estomac », des menus qui pénalisent les repas sans vin, il y a des guérisons stables.

Quand l'alcoolisme est lié à une impulsion morbide, à la dipsomanie, il ne saurait se contenter d'une thérapeutique aussi simple. Le dipsomane boit... et, comme dans un cas où je fus le témoin, il ingurgite de l'alcool à brûler à défaut d'autre liquide. On peut guérir l'alcoolisme essentiel, mais pas celui qui résulte d'un état psychopathique primaire. En matière d'alcoolisme il faut éviter d'être dogmatique.

L'antialcoolisme doit être une formule de sagesse. En voyant les premiers résultats du Docteur BRUEL, des dogmatiques de l'abstinence ont souri avec ironie. Ceux qui comme moi ont vu cesser les démences et les décès dus à l'alcool ont souri... du sourire heureux de voir guérir facilement des états graves.

L'éthylothérapie endoveineuse ouvre aux œuvres de tempérance des possibilités d'actions nouvelles.

On leur confie des malades qui portaient le poids de leur anorexie, de leur insomnie, de leur déchéance, et qui, revenus à la belle santé, ont conscience de leur guérison. Il faut les entretenir dans cette voie ; tous ceux qui ont été aidés par leur famille ou qui sont restés à notre contact ont persisté à ne plus abuser d'alcool.

La question de l'alcool est chez nous une question primordiale ; les jus de fruits et principalement le jus du raisin doivent rester en France une richesse et ne doivent plus être un facteur de maladie, de misère, de folie, de mort. Les formules strictement morales n'ont pas résolu le problème. Les recherches biologiques doivent être plus heureuses. Il n'y a rien de plus attaquant qu'un mal dont on connaît les modes d'action. Ce que les Scandinaves ont fait sur leur sol sans vignobles, les Français peuvent le réaliser dans leur pays. La responsabilité pénale et civile de l'alcoolique est encore mal posée chez nous. L'alcool n'est plus constatable dans le sang 10 à 15 heures après son ingestion ; on a à peine le temps d'arrêter le coupable ou le suspect, d'établir son identité que le sang est déséthylé. Nous savons que M. LECOQ et le Docteur BRUEL sont parvenus à trouver dans l'organisme des quantités facilement dosables d'alcool 30 et même 35 heures après la dernière libation. Le souci d'échapper à une augmentation des responsabilités ainsi constatables sur un long laps de temps doit jouer son rôle dans l'avenir.

Il faut plus que jamais étalonner l'ivresse crimi-

nelle ou inconsciente et en sanctionner très sévèrement les méfaits. Le jour où les conducteurs d'automobiles sauront que le délit commis par un ivrogne comporte une sanction pénale et matérielle très forte et sans sursis, ils éviteront ces abus de boisson.

De nombreux êtres humains ont peur du châtiement ; pour eux, le Code pénal, s'il n'est pas une morale, doit être un frein.

Le délit de l'alcool est encore mal défini ; les prises de sang heurtent notre conception de la liberté humaine, et quand, trop tardivement, on les pratique, l'alcool n'existe plus en circulation dans le sang. La présence, ainsi que l'ont montré M. LECOQ et le Docteur BRUEL, d'alcool dans certains viscères 30 heures après des libations abondantes comporte un élément médico-légal important.

La connaissance des risques du délit de l'intoxication volontaire sera chez nous l'arme la plus vigoureuse, mais encore faut-il, sans violence, savoir dépister cet empoisonnement personnel et le faire sans incertitude.

Avant d'en arriver là, évitons de laisser mourir ou de laisser sombrer dans la folie les toxicomanes de l'alcool. Ce délit humain ne mérite ni l'Asile d'aliénés, ni la mort. La pratique systématique de l'éthylothérapie intraveineuse permet ce résultat ; elle permet avec une constance, une fidélité et une facilité qui méritent d'être signalées, d'éviter des morts précoces et le surpeuplement des Asiles d'aliénés : c'est déjà un résultat.

CONCLUSIONS

— Le développement continuél de l'alcoolisme provoque une recrudescence grave des délires aigus.

— Les délires aigus de l'alcoolisme posent aux Médecins praticiens et aux Chirurgiens des questions graves de thérapeutique, qu'il leur importe de résoudre au plus vite.

— Actuellement, deux thérapeutiques semblent avoir amélioré le pronostic sérieux de ces états : les injections massives de solution de sulfate de strychnine, et les injections intraveineuses d'alcool éthylique à 30 %.

— L'alcool éthylique agit en la circonstance avec une sûreté d'action et une rapidité des plus remarquables et des plus constantes. Cette thérapeutique ne présente aucun risque ; elle est applicable même à domicile, par le médecin praticien, mais il est préférable de l'employer les premiers jours à l'hôpital ou en maisons de cure.

— Cette thérapeutique doit se compléter d'une action sociale que les familles, les sociétés de tempérance, les lois, doivent exercer, surveillance à laquelle les malades échappent malheureusement trop souvent.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
LCEPER

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.